

¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria.

What happened to the traditional Balint groups? In defense of the Balint perspective, and for an adapted methodology within coordinated spaces with Primary Care.

José Miguel Ribé Buitrón. Psiquiatra, psicoterapeuta.

Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu, Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

Resumen: a partir de la experiencia de dos años, en espacios de coordinación, junto a equipos de atención primaria, comentarios e ideas de diferentes profesionales que participaron en grupos balint y una revisión bibliográfica, el autor del presente trabajo trata de analizar los posibles determinantes en la desaparición de los grupos balint en España. Se reflexiona en torno a los graves cambios sanitarios actuales, sociales y a la propia metodología empleada en los grupos de aquel entonces, como posibles factores implicados.

El autor apuesta por adaptaciones, sugiriendo modificaciones de dicha metodología, y defiende la perspectiva balint como ingrediente básico en la formación de los profesionales y esencia de los actuales espacios de encuentro o consultoría entre atención primaria y salud mental.

Palabras clave: Grupos balint, perspectiva balint, atención primaria, salud mental, subjetividad.

Summary: based on a two-year experience in coordination spaces, in close work with primary care teams, plus comments and ideas collected from several professionals -who already took part into Balint groups-, and a review on related bibliography, the following work attempts to analyze all determining factors that caused the Balint Groups to fall into desuse in Spain. This statement takes into consideration the severe changes happening nowadays, both socialwise and in public health specifically; and about the inner methodology used by these groups in the past as possible factors for such disappearance.

The author positions himself on adaptations, suggesting a review of the Balint method itself, yet defending it's perspective as a basic ingredient on professional training, empathizing it's importance on all current meeting points between both Mental Health and Primary Care consultancy.

Keywords: Balint groups, balint perspective, primary care, mental health, subjectivity.



1. Michael Balint, su obra y un breve reconocimiento

Michael Balint (1896-1970) fue un bioquímico, psiquiatra y psicoanalista húngaro nacido en Budapest. Tras escuchar a Freud en una conferencia en 1918 se orientó al psicoanálisis, se analizó y fue discípulo de Sandor Ferenczi. Siendo director del Instituto de Psicoanálisis de Budapest en 1939 emigró a Inglaterra a comienzos de la Segunda Guerra Mundial. Tras firmar la paz, se instaló definitivamente en la capital británica, donde en 1969 fue designado presidente del Instituto Inglés de Psicoanálisis. Fue en la Tavistock Clinic de Londres donde, rodeado de *los general practitioners (GPs)*¹, desarrolló la mayor parte de su trabajo.

Su obra es extensa, sin embargo y a pesar de la limitación de espacio, quisiera destacar la publicación de su libro, hoy considerado un clásico y la base de su teoría: *“el médico, su paciente y la enfermedad”* (1957) (1). Con esta obra, Balint aproxima los aspectos psicológicos de las relaciones humanas a la práctica médica y la humaniza. En este libro, el autor aboga por *“entrevistas prolongadas”*, donde se pueda llegar a un diagnóstico globalizador y de la *“persona total”*, sin embargo pronto repara en la escasez de tiempo en las consultas de los médicos y sistematiza algunas de las aplicaciones del psicoanálisis a la asistencia sanitaria (2). Así, con la publicación de la obra *“seis minutos para el paciente”* (1973) (3) por parte de su esposa Enid Balint, crean el concepto de *“psicoterapia focal”*, *“breve”* y la técnica *“flash”*. Esta última consiste en la toma de conciencia espontánea y mutua de algo importante para el enfermo (4). Una forma de sensibilizar, mediante la *“escucha”*, los aspectos psicológicos de la relación médico-paciente y una descentralización de la relación enfermedad-síntoma en la que no se incluye la relación médico-paciente. Balint confiere a esta relación, al igual que Ferenczi, un lugar predominante a la contratransferencia como elemento de máxima utilidad en la diagnosis y terapéutica del paciente. Esta mirada puesta en la relación constituye la primera versión de la reformulación de la asistencia sanitaria, es lo que Balint denominó como

“medicina centrada en el paciente”. En los años 50, estando en la Clínica Tavistock crea, para el estudio e investigación de esta relación los *grupos* que llevan su nombre. La formación de los mismos fue la culminación de un largo camino, que tuvo su inicio en 1926, cuando éste escribió *“psicoterapia y psicogénesis de los síntomas físicos”*, expuesto en una conferencia de médicos rurales de su Hungría natal. El interés de Balint por el psicoanálisis durante la práctica diaria y de investigación cuando era médico internista le condujo a rescatar y relanzar la *“psicosomática”*, como medio para afrontar los síntomas físicos que se esconden tras posibles conflictos intrapsíquicos, y a prestar más atención a las *“patologías funcionales”*.

Fuera de sus aportaciones más *“prácticas”* en la asistencia pública, destaca su obra *“la falta básica”* (1967) (5). Es sin duda un concepto revolucionario, que corresponde a la *“falta”* que los pacientes experimentan como defecto y carencia a la vez, y que se origina en el periodo inicial de la vida a causa de la discrepancia entre las necesidades materiales y psicológicas del niño y los afectos que recibe. Complementa a la relación triádica del Complejo de Edipo mediante la especulación de una estructura diádica en los procesos mentales.

Balint fue un profesional que, ante el desarrollo imperante hacia la mitad del siglo XX de la ciencia y de un preponderante modelo biomédico, supo darle un lugar al psicoanálisis en la medicina y en la asistencia pública. Me supongo que el esfuerzo de Balint, ante la censura y control político de la época ante cualquier innovación², la ortodoxia psicoanalítica y el arranque positivista de la época, debió ser monumental. Imagino también, que la formación en medicina y psicoanálisis, pudo

² En 1932 Hungría estaba gobernada por una derecha radical que controlaba el trabajo, los debates y encuentros de los psicoanalistas. En esta época fue cuando Balint inventó el primer *“training cum group”* con los GPs en Budapest. Él quería observar las posibilidades de los GPs a la hora de integrar las ideas psicoanalíticas en su práctica diaria. Aunque el interés de Balint era grande, tuvo que suspender sus seminarios debido a la situación política del momento. En sus grupos Balint toleró la presencia de la policía, que registraba los nombres de los participantes y los relatos que explicaban de sus pacientes. Era imposible discutir libremente. Fue este el motivo por el cual los *“grupos balint”* aparecerían en Londres veinte años más tarde.

¹ Médicos generales o lo que hoy conocemos como médicos de cabecera.

favorecer que Balint integrara la asistencia de entonces con la *cultura* de la relación humana. Sin duda, todo un referente en la aplicación e integración del psicoanálisis en otros ámbitos y disciplinas. Un esfuerzo el de Balint, de creatividad, que generó y sigue engendrando nuevos discursos y desarrollos enriquecedores. Todo un ejemplo en el sincretismo interdisciplinar que tanto nos cuesta hoy.

2. Los tradicionales grupos Balint

Los grupos balint aparecen en Londres hacia los años 50. Son considerados por aquel entonces como una “instrumentalización” del pionero trabajo con médicos, que bajo la escucha psicoanalítica y las teorizaciones -que se materializarían en su libro “*el médico, su paciente y la enfermedad*”- Balint realizó en la Clínica Tavistock. Es un dispositivo precursor, creado para dar la palabra a los médicos en su subjetividad y malestar, en la relación emocional que se establece con el paciente que le demanda ayuda a través de la enfermedad.

Dada la copiosa bibliografía al respecto, quisiera explicar de forma somera los fundamentos y elementos esenciales de este tipo de grupos, en sus orígenes, centrándome de forma algo más extensa en la *metodología* y los *aspectos técnicos* utilizados.

Originalmente, un grupo balint está constituido por un grupo homogéneo de médicos que operan como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje en la relación médico-paciente. Por tanto, no es estrictamente un grupo psicoterapéutico (en el que un psicoterapeuta ayuda a un grupo de pacientes a comprender sus problemas emocionales para mejorar su salud mental) ni didáctico (en el que existe una relación vertical de maestro-discípulos). A pesar de ello, como decía Balint, el grupo de forma indirecta sí puede producir un “leve pero importante cambio en la personalidad del doctor”. Ni que decir también, el “plus” facilitador y porque no terapéutico, que ofrecen la mayoría de situaciones grupales como son cohesión, apoyo, contención, escucha...

El *conductor* del grupo debe ser un psicoanalista (no se especifica que tenga formación en grupos) que no tenga ningún tipo de relación (se entiende

transferencial) con los participantes del mismo. La función del conductor es la de favorecer la asociación libre en los integrantes, que no se pierdan los objetivos y el encuadre del grupo. Se señala y comprenden las dinámicas relacionales del grupo, se realizan interpretaciones que se centran en lo que el paciente hace y dice y, en ocasiones y no siendo fundamental, en la conducta de los profesionales.

El *número de participantes* es del orden de 6-12 médicos. Éstos deben tener una motivación especial para querer participar y exponer de forma oral y sin notas, para facilitar la espontaneidad del proceso, un caso que les haya impactado emocionalmente y en el que se hayan encontrado de alguna forma atrapados en algún aspecto relacional que les impida la marcha de la relación médico-paciente (*contenido del grupo*). Por no decir exclusivamente, es aconsejable que traigan el aspecto emocional y psicológico del caso, es decir, que los encuentros con el resto de los participantes estén centrados en sus sentimientos en lugar de la psicopatología o el diagnóstico.

La *metodología* empleada consiste en la presentación de un caso, tras el cuál, mediante la participación del resto de miembros del grupo y alentados por el conductor, se realizan preguntas al profesional que expone el caso, y se comenta lo les sugiere el “relato”. El profesional que trae el caso debe tratar de relajarse, tolerando no recibir consejos, respuestas “fáciles”, o de “de tipo recetario” y escuchar lo que los diferentes miembros del grupo sienten o piensan acerca de la relación médico-paciente. Quien presenta el caso, desde la distancia, puede “ver”, sin estar tan invadido emocionalmente por la crisis vital del paciente (6) ni enganchado entre la función profesional y personal, que transcurre en la relación con éste. El grupo, que funciona como un crisol o un prisma, trae “colores” y emociones de la relación que quien presenta no ve o desconoce. Es lo que el psicoanalista Christopher Bollas denominó “lo conocido no pensado” (7) acaba (re)descubriéndose a través de una escucha diferente y en compañía del grupo.

La *duración* del grupo debe ser de unos 90 minutos y tener una periodicidad de una sesión a la semana durante aproximadamente un año y medio y con continuidad asistencial por parte de los



participantes, ya que así se facilita la cohesión grupal, se desarrolla una cultura de grupo y se almacenan una serie de experiencias que resurgen en discusiones o encuentros subsiguientes (8). La pretensión u *objetivo* inicial de Balint era ampliar la sensibilización y promover el entendimiento de la dimensión psicológica de la relación clínica entre el paciente y el médico.

Los *resultados y efectos colaterales positivos* que se obtenían del grupo consistían en un incremento en la observación analítica, mejoría en la comunicación con los pacientes, aumento de la capacidad reflexiva en la praxis desde una experiencia emocional (que brinda el grupo) a una posición más racional (9), cierta catarsis y descompresión de ansiedades y frustraciones producidas por el trabajo, aumento del interés por aquellos pacientes que inicialmente resultaban tediosos, apertura a nuevas posibilidades en el manejo de los pacientes y una mejora en la satisfacción personal del médico, que podía disminuir o prevenir el *síndrome del quemado*. Añadir también, los efectos que *per se* favorece la propia dinámica grupal.

3. Aplicación del psicoanálisis en la pública.

La introducción y desaparición de los grupos balint en España

Seguir a Freud no significa dar la espalda a la realidad y ámbito en el que se trabaja, es algo que no debemos olvidar. Desde hace mucho tiempo asistimos al esfuerzo de muchos psicoanalistas y psicoterapeutas psicodinámicos en el intento por acercar y aplicar en la asistencia pública la teoría psicoanalítica y transformarla en práctica.

Si bien se poseen conocimientos y técnicas psicodinámicas bastante desarrolladas, no es menos cierto que carezcamos de sentido común, flexibilidad, maña, prudencia, empatía y especialmente humildad para el uso de dichas teorías, sobre todo cuando se trabaja en un entorno como es el de la pública. Es la ausencia de estas cualidades la que relega y arrincona, cada vez más el psicoanálisis a la práctica privada.

No hay peor enemigo para la aplicación de las teorías psicodinámicas en la pública que un psicoanalista “privatizado”, es decir, aquel que fuera de las paredes de su consultorio -en un

enfoque bipersonal y con el conflicto edípico, como reduccionista mirada conceptual no ha trabajado antes en otro entorno o hace decenios que ya no asoma su sesera al exterior. También los hay que, aún trabajando en la pública, gestionan su trabajo como si de la privada se tratase, a veces incluso desde una rígida y fanática militancia que espanta.

Freud no reguló las condiciones de aplicación del psicoanálisis a otros campos de la actividad humana ni siquiera de la práctica del psicoanálisis en las instituciones (10). Es por ello que el profesional que acuda a la pública, deberá afrontar varias *dificultades para no abandonar la práctica pública* y acabar, como muchos profesionales, en la privada. Destacaría sobre todo las siguientes:

- a. La desidealización del trabajo tradicional del psicoanálisis de la privada como ideal de su realización en la pública.
- b. La confusión entre rigurosidad y ortodoxia en las intervenciones psicodinámicas.
- c. La dificultad en “ver” más allá de la relación bipersonal.
- d. La frustración al tomar conciencia de los límites del psicoanálisis y del propio profesional en la pública. Esta, junto a la consecuente herida narcisista de dos polos igual de tramposos como son la omnipotencia y la impotencia, encuentra su refugio en la libre disposición y protección de la actividad asistencial privada (11).
- e. La continua contaminación del encuadre externo por dimensiones económicas, institucionales, sociales, interdisciplinarias, administrativas y asistenciales.

Estos obstáculos deben ser confrontados y analizados en los planos emocional (terapia personal) y teórico-prácticos (supervisión y dialéctica con el entorno en donde se trabaja) del profesional inmerso en la pública.

En España, *los primeros grupos balint* que se conocen datan de los años sesenta. Algunos de los psicoanalistas introductores del psicoanálisis en España, procedentes de otras especialidades “médicas” diferentes de la psiquiatría como los Drs. Pere Bofill i Tauler y Pere Folch i Mateu, realizaron sus primeros intentos o experiencias de

seminarios de profesionales médicos. Esta primera generación de psicoanalistas formados en Cataluña fue encabezada, en la puesta en marcha del primer “grupo tipo balint” en Cataluña y, posiblemente en España, por el psicoanalista y psiquiatra Dr. J. Beá. Posteriormente, las siguientes hornadas de psicoanalistas de otros lugares como Madrid, Valencia, País Vasco y Barcelona se tomaron muy en serio la técnica formativa y de sensibilización balint, y se pusieron en contacto con la esposa de Balint y a través de ella con la Federación Balint Internacional (12 y 2). Destacar en Barcelona hacia los años ochenta a J. Freixas, J.L. Tizón y R. Ferrer, como la “tercera generación” de psicoanalistas que continuaron el trabajo de sus maestros en diversos encuadres e instituciones médicas (13-14). Se llegó a plantear incluso, aunque me temo de forma “piloto”, la implantación de los grupos balint en la formación de los médicos de familia.

A pesar del interés de estos psicoanalistas en rescatar la metodología balint, si nos comparamos con otros países tecnológicamente desarrollados, en España la influencia ha sido más bien pobre. A fecha de este escrito no existen ni instituciones tipo asociación ni miembros afiliados a algún tipo de federación o asociación europea o americana. Son pocos los centros de atención primaria que mantengan la *perspectiva balint* en su formación sanitaria. El fracaso de la puesta en marcha inicial condujo a los profesionales, anteriormente citados, a reconsiderar (afortunadamente) seriamente su técnica, utilidades, sistemas de evaluación (15). Pasaron unos años, y sobre los años noventa hubo un rebrote en la práctica de los grupos balint, que desafortunadamente no acabó sedimentándose. Cabe mencionar que, en ámbitos privados sí calaron los grupos balint. Eran grupos de médicos, motivados, que se costeaban las sesiones formativas balint.

Por aquel entonces, el replanteamiento de la técnica balint condujo a una diversificación de las aportaciones de Balint en la relación médico-paciente que cristalizó en la formación de otros grupos llamados “*tipo balint*” o “*de reflexión*” (16). Es de alabar, sirva este texto como reconocimiento, el esfuerzo incansable en los desarrollos teórico-prácticos que Tizón y sus colaboradores realizaron respecto a la metodología balint y los aspectos psicológicos en la relación médico-paciente (17-19).

A día de hoy, desde finales de los 90 y especialmente en Cataluña, en el marco del “*Programa de Apoyo a la Primaria*” (20) y según las directrices marcadas por el “*Pla Director de Salut i Adiccions a Catalunya*” (21) se realizan coordinaciones en formato grupal, tipo “consulta y enlace” (22), entre salud mental y atención primaria. En estos, a parte de docencia, supervisión de casos, interconsulta y análisis de las derivaciones a los centros de salud, puede existir el recuerdo -en progresiva decadencia- de la importancia de la relación entre el profesional y el paciente, como fenómeno a sentir y pensar.

¿Qué fue de la perspectiva y metodología balint?

Tizón explica que, en los ochenta, la técnica balint “entró en la categoría de moda y su difusión y popularización fue mucho más rápida de lo que permitían las capacidades iniciales” (2). Éste añade, que el resultado de ello fue una rápida desidealización de la misma, especialmente por parte de los médicos internos residentes y de los propios docentes de las áreas básicas de primaria.

En mi opinión destacaría varios *factores en el decaimiento de los grupos balint*:

- La vertiginosa evolución técnica, en la terapéutica, en los equipos de atención primaria/hospitales hasta la pérdida de la *subjetividad*.
- La presión asistencial y la falta de tiempo para poder pensar/sentir en la praxis asistencial.
- El omnipotente contexto sociocultural donde la salud forma parte del mercado de consumo.
- La no adaptabilidad de los conductores y la metodología balint a la asistencia actual.

La intolerancia al sufrimiento, en una sociedad que se rige bajo la lógica moderna de unas demandas que siempre deben tener respuesta y además satisfactoria, hace que estas se vuelvan interminables e imposibles de abordar con calidad y sentido común. Los pacientes esperan pasivamente respuestas a sus dolencias, sin reflexionar ni plantearse preguntas. Desde la omnipotencia y la autoridad que antaño se les otorgó a los médicos, ahora más que nunca anhelan volver a sentir que pueden con todo. Para ello se basan en un enfoque enteramente biológico (centrado en la enfermedad) y científico-técnico que trata de desarrollar, con el indigesto avance de la tecnología, elixires e instrumentos, que



manejan como si de un *joystick* se tratase. Se responde de forma automatizada y se niega la *subjetividad* humana.

Desde su cuna, los profesionales sanitarios sienten el deseo y la emoción de ayudar. Pronto, en la formación médica, son escindidos y se les separa la emoción del cuerpo. Se les forma bajo el prisma de la omnipotencia y la completud del saber. Actualmente existe un gran déficit en la formación de los residentes -especialmente en las especialidades que no son la de familia-, en donde se presta más interés en el diagnóstico de las enfermedades que en la relación con la persona enferma y su entorno (23). De hecho, siempre ha existido una vaga conciencia del impacto que puede tener la actitud del médico sobre el paciente y sobre el curso de su enfermedad, es como si este hecho estuviese totalmente fuera del terreno de la medicina, que se pretende objetiva y no emocional. Ellos son quienes saben todo y “DEBEN”, sin titubear, responder a “TODO”. Sin duda, se niega la impotencia del ser humano en la confrontación del sufrimiento y se presta poca atención a sus dificultades más humanas (24).

Y por si fuera poca la tensión con la que se vive la relación paciente-profesional y los factores emocionales (25) que perturban la relación ente ambos, las propias instituciones sanitarias colaboran en dicha tirantez. Los centros de salud y hospitales son auténticas empresas que se conciben como unidades de productividad. Empresas donde se premia e incentiva a los profesionales que generan menos lista de espera y no al que se compromete con el paciente, se valora a quien “sabe” derivar rápidamente (a menudo, puede considerarse una forma de desentenderse) a otras especialidades sin “esperar y ver” (26) o conteniendo(se) las angustias que surgen de las prisas y exigencias de las demandas de los usuarios, a quienes investigan “números” en detrimento del atender a las personas... Los médicos están cada vez más con la mirada fija en la pantalla de los ordenadores, en las casillas de las hojas de solicitud de pruebas diagnósticas, en el uso abusivo e irracional de la medicación (27) y, lamentablemente menos en las personas que tienen en frente. No hay lugar para un paréntesis, un respiro de reflexión, de escucha. Da la impresión, que la falta de reflexión se haya

institucionalizado (28). No es tampoco de extrañar con los 7 minutos que en Cataluña disponen para cada usuario, la presión asistencial e institucional, los recortes presupuestarios, el escaso reconocimiento y la poca atención a quienes padecen el *burn out* (29). Sin embargo, todos estos contratiempos no pueden convertirse en un “imposible cambiar”, es más, a veces son un justificante para no abordar otros problemas de la práctica cotidiana.

Así, con este panorama, *¿qué lugar le queda a los grupos balint en la actual sanidad y situación social?*

El poco tiempo para reflexionar y la exigencia en atender, como sea y a toda costa a los usuarios, hizo que los grupos balint empezaran a considerarse innecesarios, un lujo y algo que no resolvía “los problemas inmediatos de los pacientes” (ni de los propios profesionales, claro está). Por otro lado, tal y como estaban pensados en la pública -en su aplicación y uso-tampoco encajaban por sí mismos.

Expongo a continuación algunas dificultades, que a mi criterio, no supieron salvar los grupos balint por aquel entonces:

- a. Los grupos balint requieren de un compromiso, puntualidad y asistencia regular que empezó a desfallecer. Los profesionales llegaban tarde o no asistían porque no podían debido a demoras en la asistencia, con mucha razón, necesidades personales. Esta falta reiterativa y variable de profesionales atentaba continuamente a la cohesión grupal y al narcisismo del psicoanalista que conducía el grupo.
- b. El conductor del grupo muchas veces, de tan neutro que era, tanto a nivel transferencial como situacional, no llegaba de forma empática a los participantes del grupo, ya que desconocía la situación de desbordamiento en atención primaria. Aunque los líderes grupales, desde un puritanismo y lealtad al psicoanálisis interpretaban magníficamente el desbordamiento de los profesionales, no eran “suficientemente” hábiles para contener y poder pensar alternativas a la ansiedad que todos podían sentir.
- c. Con la tremenda exigencia a la que estaban (y siguen estando) sometidos los profesionales,

- la elevada sensibilidad y fragilidad emocional que tienen, mediante el uso de la interpretación transferencial, los grupos se vivenciaban como altamente persecutorios, iatrogénicos. Tal situación, prolongada en el tiempo, puede llegar a producir la paralización total del trabajo que se podría realizar en grupo de forma conjunta (30). Algunos médicos, que estaban motivados y comprometidos con los grupos balint, no se encontraban a gusto al sentir que otros compañeros no se tomaban en serio “el grupo”. No percibían confianza ni respeto y temían “ser vistos”, en su fragilidad, por el resto de miembros del grupo, más aún si eran del mismo equipo de atención primaria. Tal circunstancia resultaba incómoda para los participantes, sobre todo si existía “cierta” obligatoriedad institucional en asistir al grupo.
- d. Los señalamientos e interpretaciones transferenciales del psicoanalista no eran prácticos y no “llegaban” al acostumbrado saber organicista o raso de profesionales no habituados al encuadre y conceptualizaciones psicoanalíticas.
- e. Los profesionales no sabían que iban a hacer allí. Es bueno recordar nuestros primeros días, semanas o años de inicio de análisis personal, ¿alguien sabe que diantre viene a hacer en ese mullido diván? Muchos profesionales que osaban preguntar, desde una lógica ansiedad de reajuste emocional ante una nueva situación como es el inicio de cualquier grupo (31), se encontraban evasivas o ambigüedades que confundían y asustaban más. Los residentes asustados, enmudecían mientras los veteranos -a veces, tutores docentes desilusionados, cronificados y quemados que son los referentes de los idealistas residentes-estaban en el grupo en el grupo “porque es lo que toca, es obligatorio” y porque de este modo se encontraban con el resto de los compañeros. Aunque algunos médicos recuerdan gratamente su experiencia, cuando se les pregunta que iban a hacer ahí, muchos dudan y no saben cual era la tarea grupal.
- f. La presión asistencial exigía respuestas y pautas concretas, ante ansiedades difícilmente contenibles en el trabajo, que no se hallaban en los grupos. Una de las reglas de los clásicos grupos balint es la renuncia a ofrecer soluciones directas en pos de una elaboración de las dificultades a través del proceso grupal. Habían necesidades primarias o inmediatas que resolver. La no disposición para hablar de ellas no permitía a los participantes “estar” en el grupo. A veces, eran necesidades en las que, por su naturaleza de tipo estructural, institucional u organizativo, no daba lugar para ningún tipo de elucubración. Se necesitaba una clara respuesta, sin ambages, por parte de la institución -jefe de servicio, conductor del grupo-, sin neurotizarse a los participantes y menos confundirlos. Estas necesidades también respondían a un deseo de mayor formación en psicopatología, farmacología, en poderse coordinar con los centros de salud mental... Así que, dada la impasividad de los grupos balint ante estas carencias, se fueron creando otros espacios o grupos de tarea en docencia, consulta de enlace..., que iban quitando espacio y protagonismo a los balint. Los recursos eran los que eran y todo no podía ser.
- g. Con el agotamiento de la asistencia primaria, 90 minutos de sesión resultaban ser demasiados, si al asistir al grupo te encontrabas a un psicoanalista en “atención flotante” (eufemismo, que alude a veces a pesadez, impotencia, pasividad e inapetencia) que delegaba y responsabilizaba en los participantes, mediante la consigna de la libre asociación de ideas, la tarea grupal y las dificultades por las cuales el grupo podía no funcionar.
- h. El tránsito de una concepción individual y mecanicista a una visión biopsicosocial y grupal de los problemas de salud implicó el integrar en los grupos balint al resto de profesionales del equipo (enfermería, trabajo social...). Así, se paso de grupos homogéneos a heterogéneos, a un mayor número de participantes y se modificaron las dinámicas relacionales. Aunque inicialmente los grupos balint adaptaron e integraron la mirada interdisciplinaria en su marco teórico, en la práctica, el desbarajuste en el encuadre externo era difícil de sostener por el *setting* interno del conductor.



- i. La defensa del método balint y de los pilares psicoanalíticos por encima de cualquier posible renuncia, la poca diplomacia de quienes lo realizaban con los jefes y líderes sanitarios y la falta de marketing a la hora de “saberlos” vender a las instituciones sanitarias colaboró también en el palidecer de la presencia de los grupos en la pública.

4. Grupos “tipo balint” o perspectiva balint en la consultoría: repensando la metodología en base al contexto

Desde finales de los noventa, en Cataluña, a partir de las directrices de la Generalitat y mediante el “*Pla director...*” se crearon programas en los que se da apoyo, mediante consultoría y asistencia directa *in situ* a los equipos de atención primaria. Profesionales en salud mental, habitualmente psiquiatras, acuden para coordinarse, impartir docencia -especialmente, psicofarmacología y psicopatología-, fomentar la reflexión mediante coloquios sobre temas conflictivos en la práctica médica y multidisciplinar, detectar y atender -a modo de cribaje y derivación selectiva de los usuarios a los centros de salud mental- unas horas a la semana. A partir de dos años de experiencia (2009-2011) junto a cinco centros de atención primaria de el área de influencia de nuestro centro de salud mental y en el marco del “*Programa de Apoyo a la Primaria*” pude comprobar que la realidad y el contexto acaba por moldear tus ideales, tus objetivos y tus teorías (32). Si no estás dispuesto a ello, ya te puedes marchar a la práctica privada.

Aunque en mis dos años de experiencia no se permitía -por temas organizativos y de gestión- realizar grupos balint o sucedáneos, ni tampoco se podía entrar a bocajarro, en *modo balint* en los espacios de coordinación, después de años sin realizarse estos, sí mantuve en todo momento la *perspectiva balint*. Perspectiva que entiendo, como aquella que se cuece -cognitiva y emocionalmente- a nivel relacional entre el profesional y el paciente en el paisaje de la enfermedad y la demanda. Así, como una pequeña muestra de mi experiencia como consultor en atención primaria recuerdo plantearme, como objetivo en las sesiones semanales de una hora, el traer desde la experiencia grupal de los profesionales entre sí, como un todo y conmigo, la

relación que se establece entre el profesional y el paciente en consulta. De alguna forma, el equipo y yo, constituíamos la trama misma de los fenómenos intersubjetivos que se establecen entre el profesional y el paciente.

En las primeras tomas de contacto con primaria, las sesiones de coordinación se centraban en presentarnos, crear nuestro propio espacio y escuchar sus necesidades y expectativas. Posteriormente, según sus necesidades y angustias empecé realizando docencia acerca de psicofarmacología y psicopatología (lamentablemente, desde el enfoque DSM), análisis de casos, interconsulta, etc. Afortunadamente, con el paso del tiempo y satisfechas las necesidades iniciales, fuimos pasando de coordinaciones o supervisiones teóricas a otras más experienciales y emocionantes. En estas, dejé de ser el “listo” que sabe dar respuestas y/o consejos a todos los interrogantes en salud mental, pasé (porque me dejaron pasar) a una posición más horizontal respecto al resto de compañeros de atención primaria y traté, junto a ellos, en pensar y compartir experiencias personales que nos sucedían en el encuentro con los pacientes de los equipos de atención primaria. Mi función era la de conducir al grupo en sus dificultades más íntimas. De alguna forma, mis primeras aproximaciones con el equipo se asemejaban a los primeros contactos con los pacientes en terapia. Muchos pacientes, inicialmente, desean pautas y que se les explique que se va a “hacer”. Luego, a medida que se inicia el proceso terapéutico y se va constituyendo el vínculo y la confianza, van fluyendo aspectos más emocionales, relacionales y menos cognitivos.

A pesar de la variabilidad de asistentes en sus inicios, al cabo de un año y medio el grupo, que estaba más consolidado, espontáneamente propuso plantear el grupo de dos formas. Querían realizar quincenalmente sesiones o seminarios docentes, de casos y derivaciones, y las otras semanas que se dedicasen a lo que se conoce por grupos “tipo balint”, o como una enfermera muy pizpireta decía, que saliera más “el tema de las emociones”. De alguna forma, a pesar que podía parecer que se mantuviese así una dualidad cognitiva-emocional, realmente en la práctica los profesionales lo agradecían, ya que a algunos no les interesaba “exponerse” y sólo deseaban

poder hablar de casos o dudas, más de orden teórico. Así, los profesionales sabían que día de la semana (fueron los jueves) el acento de los espacios de coordinación podía estar más en lo emocional o no. Finalmente no se llevo a cabo, ellos mismos no respetaban su propia propuesta e inevitablemente, como es natural, se mezclaba lo emocional con lo cognitivo (9). Recuerdo que esta propuesta grupal, desde la iniciativa de los propios profesionales, la pude aprovechar para pensar con ellos la importancia del hecho que los pacientes demanden por sí mismos atención en salud mental. Es decir, sin sentirse obligados por parte de sus familiares, sin ser forzados por los médicos de cabecera en derivaciones a psiquiatría, ni tampoco que sea obligatorio porque la institución sanitaria así lo mande.

En grupo (enfermería, médicos y la trabajadora social) con sillas más o menos en círculo, compartimos experiencias personales a partir del relato de casos clínicos, en los que a veces, varios profesionales se veían implicados, cada uno con un rol (paterno, materno, de hijo...), en un mismo caso. También, inmerso en la propia cultura institucional de su centro de primaria, reflexionamos acerca de las relaciones de ellos con su propia institución. En todo momento nos sentíamos muy cómodos, también los jefes de servicio, que abandonaban momentáneamente sus estamentos jerárquicos y se sentían más acompañados junto al resto de profesionales.

Pese a las directrices del “Programa de Apoyo a la Primaria” en centrarse en la consultoría y académica docencia, pienso que es posible introducir e integrar la *perspectiva balint* en las sesiones de coordinación. Actualmente, con los recursos de que disponen los equipos de primaria, un espacio balint independiente, es inviable y un lujo.

A partir de esta grata experiencia de dos años, comentarios personales de profesionales en atención primaria y una revisión bibliográfica, quisiera proponer *modificaciones y sugerencias en la realización de los grupos “tipo balint” o de “reflexión” y el mantenimiento de su perspectiva en los espacios de consultoría entre primaria y salud mental:*

Respecto al *grupo* y sus *características*:

- a. Se recomienda que el grupo sea semicerrado. Las circunstancias del centro nos dirá

finalmente que lo mejor (es lo que hay, al menos en los inicios) es que sea abierto. Se pide regularidad, motivación y compromiso. Luego, la realidad hace que la asistencia sea irregular. En mi opinión, permitiría que fuesen de asistencia voluntaria, pues la “obligatoriedad” institucional acaba pagándola el inconsciente grupal, con su tendencia a la destructividad en el devenir del proceso grupal.

- b. Respecto al número de participantes, aunque un grupo de menos de seis o más de doce es difícil que trabaje bien, en la actualidad, por una cuestión de equidad formativa y la propia realidad de los centros de primaria resulta costoso acotar tanto el número de integrantes. Si es recomendable que se trabaje con equipos pequeños. Los grandes requieren mayor capacidad de convocatoria y de contención.
- c. La temporalidad del grupo óptima es de entre 60-90 minutos. Con una frecuencia semanal y sin tiempo de finalización.
- d. Los integrantes del grupo son profesionales médicos adjuntos, residentes, enfermería, trabajo social y residentes. Es un grupo heterogéneo, en el sentido disciplinar o de los componentes del grupo de profesionales, no en lo humano.
- e. Se incorpora el resto de disciplinas en el foco o estudio de la relación profesional(es)-paciente. Esto posibilita experiencias y vivencias diferentes acerca de las múltiples problemáticas del equipo asistencial. La resolución y comprensión de las mismas permite una mayor integración del equipo de salud, lo que ayuda a enfrentar las ansiedades que la tarea asistencial genera (33).

Respecto a la *metodología* y *objetivos*:

- a. Antes de comenzar el grupo, o incluso de que se vaya a llevar a cabo, es pertinente explicar en que consiste un grupo de estas características. Debe aclararse que no es un grupo de terapia, ni “se va a psicoanalizar” a nadie. Alguna compañera médico de familia comenta que debiera dejarse de llamar grupo balint y cambiarle el nombre a “grupo de reflexión de la práctica”. Esta colega explica

que, en su época, algunos compañeros al escuchar “grupo balint” ya se echaban para atrás o se armaban (en el sentido de los habituales mecanismos de defensa).

- b. El grupo comienza con la presentación de un caso con/sin notas por parte de un miembro del grupo que, previamente, en la sesión anterior se haya ofrecido como voluntario. En el caso que alguien le urja presentar el mismo día se da prioridad a quien tenga mayor necesidad. Es bueno sugerir que se haga un listado y que alguien se encargue de hacer de “policía” o “achuche” al equipo para participar en el grupo.
- c. La presentación no debe ser muy larga, debe existir espacio para la reflexión. Se traerá algún caso, en donde el participante haya retenido (desde una cierta ansiedad), durante un tiempo prolongado en su mente, al paciente y las situaciones relacionales concomitantes (con el paciente, otras disciplinas...).
- d. El grupo devuelve, pregunta y aconseja al participante según lo que piensen o sientan respecto al relato del caso.
- e. Es interesante volver al mismo caso presentado al cabo de unas sesiones para reevaluarlo y recibir el *feedback* de la situación relacional tras la primera sesión. En este *feedback* el paciente y la relación con el profesional suele escucharse bien distinta.
- f. En un grupo balint “puro” el foco u objetivo principal es el análisis de los aspectos psicológicos y emocionales en la relación del profesional con el paciente. La llegada de lo interdisciplinar y el trabajo en equipo implica el análisis pertinente de las dinámicas relacionales que se establecen entre las diversas disciplinas. Mediante el abordaje de las dificultades en el funcionamiento de los equipos de salud así como en los profesionales, tanto en relaciones de los miembros entre sí como en la relación con los pacientes, supone la capacitación de los integrantes a las condiciones esenciales del trabajo en equipo, muchas veces interdisciplinario. En el dispositivo balint se trabaja diferenciando las dificultades que provienen del encuentro de las distintas disciplinas con sus propios marcos teóricos y metodología, de las que producen las personas que las encarnan.

Respecto al *conductor* y la *técnica* empleada:

- a. El conductor del grupo debe ser un profesional relacionado con el área clínica de interés en la que trabajan los participantes, sin estar implicado en la atención directa de los casos, ni en la propia institución. El hecho de conocer el “mapa del lugar” transmite a los participantes que el conductor conoce en que contexto trabajan y de los recursos, tanto externos como internos, con los que se cuenta. Se empatiza y conecta más con el grupo, resultando ser los señalamientos más plausibles y cercanos a la realidad.
- b. El “líder grupal” debe poseer formación en psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica, ya que es indispensable estar al tanto de las transferencias que se dan en cualquier grupo humano y porque el psicoanálisis es el enfoque teórico actual que sigue poniendo más el acento en las relaciones humanas. Es imprescindible poseer experiencia clínica práctica y a poder ser, de cara a la realización holística e integradora de la formación a los equipos de atención primaria, poseer formación que abarque lo biopsicosocial. Me sumo a la opinión de muchos que comentan, que el conductor ideal sería un médico de familia de otra área de atención primaria y con amplia formación grupal.
- c. Debe ser capaz de crear una atmósfera grupal segura y de confiabilidad, movilizar el grupo hacia la comprensión específica de la relación médico-paciente. Las actitudes del conductor deben dirigirse a proteger de cualquier interrogación o cuestionamiento crítico a quien presenta el caso, alentar a la especulación creativa y abierta del resto de los miembros del grupo acerca de lo que les suscite el caso expuesto, evitar anclajes en el grupo cuando se exponen soluciones prematuras, tolerar el silencio y la incertidumbre (34).
- d. El uso de la transferencia de los participantes debe ser prudente. Hay que procurar no entrar en el ámbito de lo privado o íntimo del participante, sin favorecer situaciones embarazosas. Es interesante el enfoque grupoanalítico (análisis del grupo, por el grupo, incluido el conductor) (35) ya que analiza la multiplicidad transferencial del

grupo como un todo y las interpretaciones se realizan desde y para el grupo. Este tipo de metodología resulta complicada, hay que estar entrenado y tiene el inconveniente -en mi opinión- de alejarse, al tomar demasiada distancia, con los señalamientos grupales -como un todo- que pueden resonar poco o superficialmente en los participantes a nivel individual. Sin embargo, son menos persecutorios. Es interesante esta metodología en momentos de mayor regresión, paranoia grupal y en los comienzos de cualquier grupo.

- e. Debe estar dispuesto a poder dar respuestas ante preguntas o dudas en el caso que sienta que su respuesta pueda tener una función pedagógica o que la negativa a responder pueda bloquear el proceso grupal. En 1918, el propio Freud decía: “no podemos encargarnos de pacientes completamente inermes ante la vida, en cuyos tratamientos habremos de agregar al influjo analítico una influencia educadora, y también con los demás surgirán alguna vez ocasiones en las que nos veremos obligados a actuar como consejeros y educadores”. Tras la presentación del caso y la reflexión conjunta con el grupo, sólo si los participantes lo solicitan, puede proponerse estrategias para hacer frente a alguna dificultad. Por lo general, si el grupo y especialmente el conductor, pueden contenerse, las respuestas o alternativas viables surgen del propio proceso de elaboración (36). Sólo hay que esperar un poco. Sin embargo, en espacios de consultoría el conductor puede dar formación en otros aspectos más cognitivos (psicofarmacología, fenomenología diagnóstica, coloquios sobre temas sanitarios...) manteniendo la perspectiva balint. Como ejemplo, en el sostenimiento de la perspectiva balint en la psicofarmacología hallaríamos la “*psicodinamia de la psicofarmacología*” (37 y 27).
- f. Dado que la formación en medicina y muchas licenciaturas en sanidad están centradas en la enfermedad y racionalidad científico-técnica, es habitual que exista una cierta desafección o asepsia afectiva que dificulte el proceso emocional y el arranque en los aspectos psicológicos de la práctica clínica. Es por ello recomendable que, en los inicios

del grupo o en momentos estancamiento “perezoso”, el conductor despliegue sobre el grupo posibles temáticas para iniciar el grupo. Así, por ejemplo: qué les llevo a estudiar medicina, trabajo social..., qué temores y defensas aparecen cuando se encuentran en la relación profesional, qué creen que la sociedad y los pacientes esperan de ellos...

- g. Ya Melanie Klein nos hablaba de la importancia del *juego* en terapia (1955) (38). El juego, como la forma básica de vida y la necesidad de este en la terapia psicoanalítica para aprender, desaprender y tomar conciencia de pensamientos, conductas y emociones en un espacio de juego entre el analista y el paciente. Un espacio que no es real y es real, pero que se aproxima a la realidad entendida como realidad habitual, cotidiana, externa al tratamiento. Es casi, un espacio “transicional”, donde se ensaya con el terapeuta. Con la obra kleiniana de la “*personificación en el juego de los niños*” (1929) (39) aprendemos que, en el juego puede personificarse la transferencia grupal y desplegarse la escena interna de los participantes y de todo el equipo. Es importante que, ante el cansancio asistencial, los profesionales puedan “divertirse”. El conductor debe tratar de ser más activo, no mantenerse tanto tiempo en atención flotante y, en los inicios del grupo, disponer o plantear al resto del grupo dificultades propias de la práctica cotidiana. En adelante, ya dejará a la discusión de flujo libre³ que movilice al grupo. Así, para “jugar”, pueden emplearse técnicas psicodramáticas, *role playing*, esculturas, escenas temidas... Si a ello se le añade algo de humor, puede facilitarse la entrada a “lo psicológico” en un ambiente y clima grupal más distendido.

5. La necesaria recuperación de la perspectiva balint en la asistencia

No creo sea necesario recordar que hay bastantes cosas que no funcionan en nuestra práctica habitual. Tampoco es necesario enumerar los factores que llevan a este mal funcionamiento de mala calidad, eficacia y al estrés que produce en

³ El equivalente a la asociación libre en dinámica de grupos.

los profesionales. Son múltiples los trabajos que vienen hablando acerca de ello y tal parece que el pensamiento, la reflexión y los sentimientos que los envuelven, siguen quedándose en el papel o en los océanos de internet.

Más allá de los beneficios de los grupos balint, estos se brindan como un espacio al pensamiento, a la reflexión, un “parón” que puede ayudar a salir de los bucles insatisfactorios en los que nos encontramos habitualmente con los pacientes, con los compañeros y a la par, con nosotros mismos.

Actualmente, pese a los recortes económicos en las instituciones sanitarias, siguen impartiendo seminarios que a veces, tengo la impresión sean de relleno y no resulten útiles para la práctica habitual. De que sirve conocer a la perfección toda la psicopatología y la psicofarmacología si cuando tienes un paciente delante es la ansiedad quien te gobierna y no tus conocimientos. Así, el incremento de las pautas de ansiolíticos y antidepresivos en los últimos tiempos, puede ser un signo inequívoco de que la ansiedad está desbordando a los profesionales. Para las instituciones sanitarias el realizar grupos balint puede suponer un gasto que no siempre este dispuesta a sostener. Puede que no se relacione, como dice T. Morandi, con el gasto ocasionado, entre muchos otros, por la gran cantidad de bajas laborales de los profesionales, el malestar e insatisfacción de los profesionales...

Los grupos balint, erróneamente, no acostumbran a considerarse como parte integrante de la *formación continuada* y pienso que deberían serlo. Son un dispositivo, que incluye la maltrecha y olvidada subjetividad y capacita a sus miembros en aquellas áreas en donde la educación formal no ha tenido la intensidad y profundidad necesaria. El grupo, con la experiencia emocional que brinda el espacio de encuentro, facilita el conocimiento (40). Es un aprendizaje emocional que cala hondo y debiera considerarse básico en la formación, desde los inicios de licenciatura en ciencias sociales y sanitarias (41). El desamparo y angustia de los médicos residentes, en los inicios de la profesión, no debiese ser la norma o el “es lo que hay”. Es imprescindible que se devuelva el lugar que tuvo la subjetividad en la formación de los especialistas y sea “obligatoria” la

asistencia a grupos balint durante la licenciatura y en la residencia existir espacios de reflexión para los profesionales. En Alemania, los médicos de cualquiera sea su especialidad, tienen que ir a al menos 10 sesiones balint durante su formación. Los estudiantes de medicina rápidamente se posicionan en el saber racional -especialmente centrado en la enfermedad- y olvidan los aspectos emocionales y psicológicos, que en su día, posiblemente, les empujaron a ser médicos. La inclusión temprana en los grupos balint de médicos jóvenes, sin todavía un sistema defensivo rígido, es una opción. A los profesionales de mayor antigüedad es importante la contención que otorga el grupo para tolerar y modificar actitudes tales como el desinterés y la apatía en el ejercicio de la profesión.

En contra de esto, ¡que Dios nos pille confesados!, la última novedad formativa para profesionales en salud mental y médicos de primaria, en la moda del *e-learning*, es el simulador virtual en salud mental: el paciente virtual”. Este es el primer simulador interactivo que recrea el escenario de la consulta, de modo que profesionales sanitarios puedan formarse. Simulador, auspiciado por la industria farmacéutica y avalado por reconocidos psiquiatras del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (42), pretende “entrenar” en habilidades comunicativas y cognitivas en la diagnosis y terapéutica de trastornos mentales. De momento ya tienen el “software” para la depresión y el trastorno bipolar, ahora van a por la esquizofrenia. ¿Y luego qué, máquinas expendedoras de psicofármacos en las estaciones de tren, donde cada cuál pueda, tras identificar los tres síntomas (ansiedad, depresión y psicosis) que le pida un programa informático, saber que diagnóstico tiene?

Sigue existiendo una grave disociación entre el soma y la psique desde los inicios de la formación médica. Esta escisión y la distancia emocional llevada al extremo puede, a la larga generar graves problemas en los profesionales, pacientes y en las propias instituciones sanitarias (43).

A pesar de la lógica de lo anteriormente expuesto, gerencia y los líderes sanitarios poco entienden -o miran hacia otro lado- de aspectos psicológicos y mucho menos de emociones. Hay que hablarles en el idioma que sólo entienden, el de

la *medicina basada en la evidencia*, con números en mano y desde términos de gestión económica.

Es difícil *investigar* la eficacia de la eficacia de los grupos balint desde las “reglas” de la medicina basada en la evidencia. Es complicado, sin embargo, debemos hacer un esfuerzo y acercarnos al empirismo mediante lo que podríamos denominar “*emoción basada en la evidencia*”. Creo que es más acertado, incluso, hablar en estos términos cuando lo que se observa es la relación entre el profesional y el paciente. Tizón aún afina más diciendo que se debería pensar en “*asistencia basada en la experiencia*” (2).

Es un error cerrarse plenamente a la investigación porque se use mayoritariamente una metodología cuantitativa. Nuevamente, considero que es cuestión de hacer una renuncia narcisista a ideales imposibles, disociar las posibles diferencias ideológicas entre positivistas y ambientalistas -que interfieren para tal fin- y esforzarse por tratar de integrar lo que supone el modelo biológico a un modelo emocional.

A pesar de ello, existen estudios muy interesantes que tratan de medir, pese a las dificultades metodológicas, los efectos de los grupos balint. Así, quisiera destacar el trabajo de la finlandesa Dorte Kjeldmand en el estudio de la satisfacción de los médicos de cabecera con su trabajo, la autopercepción de su competencia en el tratamiento de pacientes con problemas psicosomáticos y la prevención del *burn out* entre estos (44).

Existen también, ejemplos de investigación de índole cualitativa, como los “grupos focales”. Estos, cada vez más en auge, tienen repercusión en el ámbito científico. La entrevista focalizada fue divulgada por Robert K. Merton a partir de 1956. En su texto: “*the focused interview*” (45). El autor nos habla del origen de los *focus group* y nos explica que su génesis se remonta a las dinámicas

grupales. Es una metodología muy adecuada para el estudio en grupos.

La *gestión* adecuada de los recursos por parte de los profesionales, y no solamente por gerencia o los jefes de servicio, es fundamental. De hecho, los profesionales actuamos como “pequeños” gestores de los recursos asistenciales que nos ofrecen (46). La mala gestión sanitaria y los recortes presupuestarios, representan la punta del iceberg o la gota que colma el vaso de una mala gestión emocional en las relaciones de las instituciones con los profesionales sanitarios y estos, a su vez, con los usuarios. El aspecto emocional y relacional debería, como *core* de la *gestión interna*, (re)considerarse seriamente como algo central en la praxis sanitaria. Es lo que nos hace humanos y permite contactar con las personas. Si no, pasamos a ser autómatas que recetan, escupen diagnósticos y piden pruebas por doquier y sin sentido. La más crucial de todas las gestiones es la gestión mental, y por lo tanto, como apunta el consultor y psicoanalista David Gutmann (47), la contención mental. Contenerse permite regularse, pensar y obrar a conciencia. No basta con tener más recursos externos para hacer un trabajo “suficientemente” bueno.

Es importante una buena gestión interna. El reflejo de una mala gestión interna se aprecia mediante la gestión externa. Así, el uso irracional o abusivo de la medicación, derivaciones a especialistas sin sentido, agendas con espacios vacíos sin ocupar, ausencias reiterativas a las citas, bajas laborales de los profesionales, *burn out...* representan gastos económicos importantes a la administración debidos a una mala gestión externa que, a su vez, se rige por una interna (la emocional). Los grupos balint pueden ayudar a manejar mejor esta gestión interna.

Contacto

José Miguel Ribé Buitrón • Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu.
Fundació Vidal i Barraquer (www.fvb.cat/) • C/ Sagrera 179, 1r. 08037 Barcelona.
Tel.: 93 340 86 54 • Fax: 93 349 54 98 • jribe80@hotmail.com



6. Referencias bibliográficas

1. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
2. Tizón JL. Grupos balint o grupos de reflexión (sobre los componentes relacionales de la asistencia). *Temas de Psicoanálisis* 1998; 3: 7-37.
3. Balint E, Norell JS. *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
4. Gómez R. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos; 2002.
5. Balint M. *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós; 1993.
6. Luchina IL, Merea EC. Grupos de terapia de la tarea médica. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1973; 462-469.
7. Bolas C. *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought know*. New York: Columbia University Press; 1987.
8. Rütth U. Classic balint group and the thinking of W.R.Bion: how balint work increases the ability to think one's thoughts. *Group Analysis* 2010; 43: 86.
9. Ribé JM. De la emoción a la razón a través del Grupoanálisis. *Norte de Salud Mental* 2010; 38(8): 11-26.
10. Leal, J. El psicoanálisis y los servicios asistenciales públicos. *Anuario de Psicología* 1995; 67: 87-97.
11. García de Robles C, Rivero C. *Herida narcisista del psicólogo ante las demandas de distintas instituciones*. En: Ávila A, García A. *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Quipu (SEGPA): Madrid; 1994.
12. The International Balint Federation. Web site: www.balintinternational.com/
13. Tizón JL. Sobre los grupos balint, el movimiento balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Atención Primaria* 2005; 36(8): 453-5.
14. Morandi T, Castelló E. La relación médico-paciente y los grupos balint. *Aten Primaria* 1984; 1(16): 309-12.
15. Ferrer R. *Psicoanàlisi i Assistència Primària, Comunicació*. Mesa Redonda: *Aportacions de la psicoanàlisi a les institucions assistencials*. Barcelona: Institut de Psicoanàlisi; 1991.
16. Tizón JL. Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud I. Su origen. *Atención Primaria* 1992; 6: 309-14.
17. Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Bibliària; 1996.
18. Tizón JL, Recasens JM. *Experiencias grupales en atención primaria de salud*. En: Ávila A, García A. *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Quipu (SEGPA): Madrid; 1994.
19. Tizón JL. *Atención Primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Doyma: Barcelona; 1992.
20. Ribé JM, Pares J, Fleitas E. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Revista Norte de salud mental* 2010; 36(8):45-55.
21. Departament de Salut i Generalitat de Catalunya. *Pla Director de Salut i Addiccions de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.
22. Gask L, Sibbald B, Cree F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 6-11.
23. Totorika K, Eguiluz I, González MA, Segarra R. La sensibilización psicológica en el pregrado de medicina. Una experiencia grupal. *Avances en Salud Mental Relacional* 2003; 3(2):1-3.
24. Nuland SB. *Cómo morimos*. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
25. Main T. Some medical defences against involvement with patient. *Journal of The Balint Society-Michael Balint Memorial Lecture*; 1978.
26. Ortiz A. *Introgenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores*. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009.

27. Ribé JM. La trastienda de la psicofarmacología: el influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30 (107): 447-464.
28. Burton L, Launer J. *Supervision and support in primary care.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
29. Tizón JL. El burn-out: ¿desgaste, desengaño, enfado crónico, enfermedad o trastorno psicopatológico? *Clínica e Investigación Relacional* 2010; 4(1): 82-103.
30. Sunyer JM. El trabajo en equipo del equipo de trabajo. *Boletín* 1997; 8.
31. Valiente D. *Psicoterapia psicoanalítica de grupo.* Madrid: Fundamentos; 1987.
32. Ribé JM. Reflexiones, como psiquiatra consultor, a través de la experiencia de dos años junto a los equipos de atención primaria. *Avances en Salud Mental Relacional* 2011; 10 (3).
33. Gómez R. Análisis en la relación médico-paciente y proceso grupal. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1990; 33(10): 191-202.
34. Johnson AH, Donald E, Nease, JR, Milberg LC, Addison RB. Essential characteristics of effective balint group leadership. *Fam Med* 2004; 36(4):253-9.
35. Sunyer JM. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
36. Tizón JL. Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Atención Primaria* 1993; 361-366.
37. Gutheil TG. The psychology of psychopharmacology. *Bulletin of the Meninger Clinic.* 1982; 46 (4): 321-330.
38. Klein M. *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significación.* En *Obras Completas*, 3. Barcelona: Paidós; 1988.
39. Klein M. *La personificación en el juego de los niños.* *Obras Completas*, 2. Barcelona: Paidós; 1980.
40. Bion WR. *Aprendiendo de la experiencia.* Buenos Aires: Paidós; 1975.
41. Parker S, Leggett A. Teaching the clinical encounter in psychiatry: a trial of balint groups for medical students. *Australia Psychiatry* 2012; jul 5.
42. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Web site: www.cibersam.es/
43. Ribé JM. Fibromialgia: el no dialogo somapsique, el no diálogo médicos-psiquiatras. *Atención Primaria* 2010; 43:211.
44. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Annals of Family Medicine* 2008; 6:138-145.
45. Merton RK, Kendall PL. The focused interview. *The American Journal of Sociology* 1946; 6(51): 541-557.
46. García B. La indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. *Norte de Salud Mental* 2012; 43(10):43-52.
47. Gutmann D, Iarussi O. *La transformación. Deseo y liderazgo en la vida y en las instituciones.* Barcelona: Icaria: 2010.

- Recibido: 12-9-2012.
- Aceptado: 15-10-2012.